



Estimado paciente o paciente representante,

El Hospital de Holland se ha asociado con MedAssist, una compañía que asiste a pacientes elegibles con el proceso de solicitud de programas gubernamentales como Medicaid.

El hospital de Holland tiene un representante de pacientes de MedAssist en el sitio y está disponible para discutir los programas gubernamentales que proveen asistencia con facturas médicas a personas calificadas y sus familias. Este servicio **es gratuito** para nuestros pacientes que necesitan asistencia, cortesía del hospital de Holland.

Los programas gubernamentales o la asistencia financiera a través del hospital de Holland pueden proporcionar la asistencia necesaria para la cobertura de facturas médicas y beneficios adicionales.

Para determinar si usted es elegible para cualquiera de los programas, por favor complete y firme las formas en este paquete y devuélvalo a un representante de MedAssist, miembro del personal de registro del hospital de Holland, o envíelo por correo a la dirección indicada abajo.

Por favor, asegúrese de incluir los números de teléfono y direcciones actuales para poder contactarlo/a. Un representante de paciente de MedAssist intentará comunicarse con usted para completar el proceso de determinación y elegibilidad.

Si tiene alguna pregunta con respecto a la solicitud de Medicaid, por favor siéntase libre de llamar a un representante del paciente de MedAssist al **616-394-3795**.

Sinceramente,

Holland Hospital

Patient Financial Services

602 Michigan Ave

Holland, MI 49423

616-394-3795

[medassist@hollandhospital.org](mailto:medassist@hollandhospital.org)

**Nombre/dirección:**

---



---

**Mejor información de contacto:**

---

Miembros del Hogar	Sexo	Dia de Nacimiento	Estado Civil	Numero de Seguro	Ciudadano ?	Discapacitado	Embarazada
	H M						
	H M						
	H M						
	H M						
	H M						

Otro Seguro? \_\_\_\_\_ Medicaid? \_\_\_\_\_ Medicare? \_\_\_\_\_ VA? \_\_\_\_\_ Tribu Indígena Americana? \_\_\_\_\_

**INGRESO:**

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Pago: \_\_\_\_\_ Horas. Por Semana: \_\_\_\_\_ frecuencia de pago: Semanal | Quincenal | Mensual

Última fecha trabajada: \_\_\_\_\_

Otro ingreso? : \_\_\_\_\_

**Activos financiero:** Cuentas Bancarias/IRA's/401k/Propiedad o cualquier otro activo en efectivo?

---



---



---

**COMENTARIOS:** se requerirán verificaciones de ingresos si es empleado/a, si no, se requerirá una carta de apoyo/verificación de desempleo